

# **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

## **COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 7 JUIN 2022**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 5 JUILLET 2022**

## Sommaire

1.	Informations du président	6
2.	Approbation du compte rendu de la CME du 3 mai 2022	9
4.	Point d'étape du groupe <i>ad hoc</i> de la CME sur l'évaluation des départements médico-universitaires (DMU)	10
3.	Ville-hôpital : échange avec les D <sup>fs</sup> Marie-Laure ALBY, membre de la communauté professionnelle territoriale de santé Paris 14 <sup>e</sup> (CPTS 14) et du conseil de surveillance de l'AP-HP, et Alain BEAUPIN, président du centre de santé Richerand (Paris 10 <sup>e</sup> )	18
5.	Point sur le projet de développement durable	25
6.	Avis sur le plan « situations sanitaires exceptionnelles »	29

## **CME du mardi 7 juin 2022**

**16h30 – 19h30**

### **Ordre du jour**

#### **SÉANCE PLÉNIÈRE**

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 3 mai 2022
3. Ville-hôpital : échange avec les D<sup>rs</sup> Marie-Laure ALBY, membre de la communauté professionnelle territoriale de santé Paris 14e (CPTS 14) et du conseil de surveillance de l'AP-HP, et Alain BEAUPIN, président du centre de santé RICHERAND (Paris 10e)
4. Point d'étape du groupe *ad hoc* de la CME sur l'évaluation des départements médico-universitaires (DMU) (P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI)
5. Point sur le projet de développement durable (D<sup>rs</sup> Sonia CERCEAU et Christian GUY-COICHARD, M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN)
6. Avis sur le plan « situations sanitaires exceptionnelles » (M<sup>me</sup> Christine GUÉRI)
7. Questions diverses

#### **SÉANCE RESTREINTE**

##### **Composition A**

- Avis sur les demandes de consultanat 2022-2023

**- Assistent à la séance :**

• **Avec voix délibérative :**

P <sup>r</sup>	Jean-Yves	ARTIGOU	D <sup>r</sup>	Christian	GUY-COICHARD
P <sup>r</sup>	Elie	AZOULAY	D <sup>r</sup>	Jean-François	HERMIEU
P <sup>r</sup>	Frédéric	BATTEUX	P <sup>r</sup>	Sandrine	HOUZÉ
D <sup>r</sup>	Fadi	BDEOUI	P <sup>r</sup>	Marc	HUMBERT
P <sup>r</sup>	Sadek	BELOUCIF	P <sup>r</sup>	Jean-Louis	LAPLANCHE
D <sup>r</sup>	Guy	BENOIT	D <sup>r</sup>	Éric	LE BIHAN
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Éric	LE GUERN
P <sup>r</sup>	Olivier	BOURDON	P <sup>r</sup>	Laurent	MANDELBROT
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	P <sup>r</sup>	Xavier	MARIETTE
P <sup>r</sup>	Sophie	BRANCHEREAU	P <sup>r</sup>	Emmanuel	MARTINOD
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	D <sup>r</sup>	Rafik	MASMOUDI
P <sup>r</sup>	Alain	CARIOU	D <sup>r</sup>	Vianney	MOURMAN
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	P <sup>r</sup>	Yann	PARC
P <sup>r</sup>	Olivier	CLÉMENT	M.	Louis-Paul	PATY
P <sup>r</sup>	Yves	COHEN	D <sup>r</sup>	Antoine	PELHUCHE
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	P <sup>r</sup>	Antoine	PELISSOLO
M <sup>me</sup>	Audrey	DARNIEAUD	D <sup>r</sup>	Patrick	PELLOUX
P <sup>r</sup>	Loïc	DE PONTUAL	P <sup>r</sup>	Marie-Noëlle	PERALDI
M <sup>me</sup>	Alexandra	DE SOUSA DANTAS	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
D <sup>r</sup>	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P <sup>r</sup>	Jean-Damien	RICARD
P <sup>r</sup>	Hubert	DUCOU LE POINTE	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
P <sup>r</sup>	Jacques	DURANTEAU	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	D <sup>r</sup>	Brigitte	SOUDRIE
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLLOT	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
D <sup>r</sup>	Vincent	FROCHOT	D <sup>r</sup>	Samir	TINE
P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
M <sup>me</sup>	Sophie	GUILLAUME	D <sup>r</sup>	Valéry	TROSINI-DESERT

• **Avec voix consultative :**

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- P<sup>r</sup> Joël ANKRI, agence régionale de santé (ARS)

• **En qualité d'invités permanents :**

- P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

• **Les représentants de l'Administration :**

- P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ et M<sup>mes</sup> Stéphanie DECOOPMAN et Laetitia BUFFET, directrices générales adjointes
- M. Florent BOUSQUIÉ, directeur de cabinet du directeur général
- M<sup>me</sup> Julie DULCIRE, directrice de cabinet adjointe du directeur général
- M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET, direction patients, qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE et M. Marc DUPONT, directrice et directeur adjoint des affaires juridiques (DAJ)

- M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN, directrice de la stratégie et de la transformation (DST)
- M<sup>me</sup> Véronique DROUET et M. Patrick CHANSON, directrice adjointe et directeur de la communication (DIRCOM)
- D<sup>r</sup> Sophie DE CHAMBINE et M<sup>me</sup> Sophie BRUN, DST
- M<sup>me</sup> Gwénoélée ABALAIN, direction de la communication (DIRCOM)

- **Invités**

- D<sup>r</sup> Marie-Laure ALBY, membre de la communauté professionnelle territoriale de santé Paris du 14<sup>e</sup> arrondissement (CPTS 14) et du conseil de surveillance de l'AP-HP
- D<sup>r</sup> Alain BEAUPIN, président du centre de santé RICHERAND (Paris 10<sup>e</sup>)
- P<sup>r</sup> Jérémie LEFEVRE, chirurgie viscérale, hôpital Saint-Antoine
- D<sup>r</sup> Christophe LEROY, DPQAM

- **Secrétariat de la CME :**

- M<sup>mes</sup> Coryse ARNAUD et Déborah ENTE (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M<sup>me</sup> et MM., P<sup>rs</sup> et D<sup>rs</sup> Véronique ABADIE, René ADAM, Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Thomas APARICIO, Jean-Louis BEAUDEUX, Sébastien BEAUNE, Lynda BENSEFA-COLAS, Jacques BODDAERT, Jean-Claude CAREL, Yves-Hervé CASTIER, Julie CHOPART, Yannick COSTA, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALES, Vianney DESCROIX, Olivier DRUNAT, Bertrand GODEAU, Bruno GREFF, Émelyne HAMELIN, , Michel LEJOYEUX, Rachel LEVY, Salomé MASCARELL, Loïc MORVAN, David OSMAN, Juliette PAVIE, Nathalie PONS-KERJEAN, Louis PUYBASSET, Nathalie RICOME, Bruno RIOU, Clara SALINO, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, Michel VAUBOURDOLLE, Karine VIRETTE et Noël ZAHR.

La séance s'ouvre à 16 heures 30 sous la présidence du P<sup>r</sup> Rémi SALOMON.

### 3. Informations du président

**Le président** évoque la situation des urgences qui est aujourd'hui fortement préoccupante dans l'ensemble de la France. La situation de l'AP-HP, même si elle est loin d'être idéale, reste probablement moins difficile qu'ailleurs.

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** indique que le contexte est marqué par des tensions fortes, et même très fortes, au niveau national comme régional. Les raisons en sont connues de tous : cette situation est le contrecoup de la mobilisation intense qui a eu lieu pendant la crise COVID mais s'explique aussi par des tensions internes aux urgences avec des postes vacants tant au niveau du personnel médical (PM) que du personnel non médical (PNM). Cette tension est imputable également à une fatigue des personnels qui se traduit par un volume important d'arrêts de travail, arrêts de travail qui sont parfois groupés. À certains endroits, quelques mouvements sociaux sont également enregistrés.

En Île-de-France, plusieurs établissements de santé sont confrontés à de plus fortes difficultés, notamment l'hôpital Foch où l'on compte plus que 5 urgentistes sur 16. La fermeture des urgences de cet hôpital, qui n'accueillera que des patients debout, se prolongera pendant tout l'été. D'autres établissements comme l'hôpital de Montreuil, le centre hospitalier du Sud Francilien (CHSF), le centre hospitalier de Saint-Denis, celui de Rambouillet et celui de Versailles rencontrent de grandes difficultés de personnel. Ils sont aussi confrontés à de lourdes difficultés pour trouver des lits d'aval, ce qui rend la prise en charge aux urgences extrêmement problématique. Les risques de délestage sont donc très élevés et sont même déjà visibles, ce qui place les services de l'AP-HP sous tension.

L'AP-HP connaît aussi une situation tendue pour les PM et les PNM même si les ratios de personnel sont tenus avec 3,7 équivalents temps plein (ÉTP) dans les urgences adultes pour 10 000 passages et 3,2 ÉTP en pédiatrie, c'est-à-dire que l'AP-HP se trouve peu ou prou sur l'épure discutée avec la collégiale. Cependant, certaines situations sont plus tendues localement, notamment dans les hôpitaux Antoine-Béclère, Bichat, Bicêtre ou Necker pour la pédiatrie, même si les lignes de garde seront complètes. L'AP-HP est aussi touchée par les tensions sur les lits d'aval et rencontre des difficultés de prise en charge des patients orientés vers l'hôpital pour des troubles psychiatriques. Par ailleurs, face aux tensions régionales, l'AP-HP pourrait être impactée par les délestages.

Avec la collégiale des urgentistes et l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, l'AP-HP est mobilisée pour que les délestages soient les moins déstabilisants possible pour les urgences de l'AP-HP. Une charte régionale d'organisation en cas de délestage prévoit que ces mouvements soient anticipés pour orienter les patients mais aussi la reprise des patients au niveau du territoire et des urgences qui auront délesté. L'AP-HP a réactivé sa cellule de crise sur les tensions estivales en lien avec les présidents des commissions médicales d'établissement locales (CMEL), les directeurs médicaux de crise (DMC) et le président de la CME. Un tableau de bord de suivi est piloté par cette cellule qui apportera également un soutien aux urgentistes *via* des mesures catégorielles en cours de discussions en direction du PM et du PNM. L'ARS est très investie: elle donne des informations aux patients sur les alternatives aux services d'accueil des urgences (SAU), elle appelle à la mobilisation de la médecine de ville, elle renforce les lignes de garde de médecins

généralistes et mobilise la réserve sanitaire. Toutes ces mesures ont pour objectif de renforcer le lien ville-hôpital pour que les patients puissent être orientés vers un professionnel apte à prendre en charge leur pathologie. La mobilisation de tous les acteurs, au niveau de l'AP-HP comme au niveau régional, est donc forte pour faire face à la période estivale qui s'annonce difficile.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** constate que c'est un effondrement du système auquel les acteurs assistent puisque les difficultés en entraînent d'autres, conduisant ainsi à assister à l'écroulement du « château de cartes ». L'hôpital Foch a fermé ses urgences comme d'autres établissements qui ont profité du décret sorti à l'automne 202 autorisant les services à fermer leurs portes. La pédiatrie de l'hôpital de Dourdan a également fermé, suivie de celle de l'hôpital d'Étampes, puisque, par effet domino, la fermeture conduit à déporter les difficultés vers d'autres. Ce mouvement a conduit à réorienter les flux vers les urgences pédiatriques de l'hôpital de Bicêtre. Les difficultés touchent désormais l'hôpital Necker : ce « vaisseau amiral » rencontre aussi de lourdes difficultés, et cela dès le mois de juin, ce qui constitue une première et un signe très inquiétant. À ces difficultés, s'ajoute en le risque majeur que survienne une canicule pendant l'été. Dans ces circonstances, il ne sera pas possible de prendre en charge les malades. Il ne faut pas se montrer naïf et penser que la médecine de ville prendra le relais. Aucune concertation n'a lieu avec les cliniques privées alors que ces cliniques ont accaparé tout le créneau de la chirurgie orthopédique. Si ces cliniques privées ferment également, les patients présentant des fractures se retrouveront sans solution. À Paris, les médecins urgentistes sont encore présents même s'ils sont de plus en plus nombreux à renoncer à leur spécialité de médecine d'urgence pour reprendre la médecine générale et faire autre chose. Cette tendance a été confirmée par le président du conseil de l'Ordre de Paris. À Paris, les services manquent aussi d'infirmiers. En grande et petite banlieue, la situation est inverse puisque les agences d'intérim proposent aux professionnels des missions beaucoup mieux rémunérées. Tout ceci entraîne un effondrement du système qui paraît inéluctable.

Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX annonce être totalement opposé aux délestages qui ne sont pas la marque du service public. Le D<sup>r</sup> Bruno FAGGIANELLI, président de la CME du groupe hospitalier de Longjumeau, Juvisy-sur-Orge et Orsay et du futur hôpital de Saclay se bat tous les jours avec des responsables, sans doute très désabusés, mais qui renoncent trop facilement et proposent des fermetures qui poussent les patients à consulter ailleurs. La « mission flash » sur l'hôpital confiée au D<sup>r</sup> François BRAUN rappellera la nécessité de tout réguler. Cependant, il reste impossible certains soirs de trouver un médecin de ville pour rédiger un certificat de décès à Paris. Dans d'autres situations, le patient n'a pas d'autres choix que de se rendre aux urgences pour être examiné. La régulation ne peut donc pas constituer une solution. La situation actuelle est tellement grave que des procès pourraient être intentés par les familles des patients qui sont restés à leur domicile ou qui ont bénéficié d'une consultation en télé-médecine sans prise en charge adéquate qui sont décédés. Le constat est catastrophique. Pour réussir à passer la période estivale, il appelle à une revalorisation du travail des praticiens hospitaliers (PH) de nuit et plus globalement du personnel de nuit. La présidente de la collégiale des urgences de Paris a invité à appliquer le protocole sur les 39 heures qui n'a pas été respecté à l'AP-HP depuis 2014. Il est aujourd'hui urgent de proposer aux personnels un supplément pour réussir à passer l'été. Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX se montre plus pessimiste que jamais pour l'institution.

**Le président** signale que nombreux sont ceux qui sont inquiets de la situation. En tant que président de la conférence des présidents de CME des centres hospitalo-universitaires (CHU), il peut cependant affirmer que la situation est pire ailleurs. Toutefois, l'équilibre ne tient qu'à un fil

et l'AP-HP pourrait aussi se retrouver en difficulté au milieu de l'été si les autres structures ne sont pas en capacité d'assurer la permanence des soins. Il propose par ailleurs de ne pas rebondir immédiatement sur les liens ville-hôpital, thème qui sera abordé dans un autre point de l'ordre du jour.

**Le directeur général**, souligne que la crise hospitalière concerne toutes les régions de France et tous les types d'établissements. Au 1<sup>er</sup> juin, l'estimation du nombre de lits ouverts à l'AP-HP cet été est équivalent à celui de 2021 avec 8 500 lits, contre 8 900 en 2019. Ces données sont utiles à connaître car, contrairement à ce qui pouvait être redouté, la réduction du nombre de lits n'est pas aussi forte pour l'été 2022 contrairement au printemps où la situation était plus défavorable en 2022 qu'en 2021. Cette situation s'explique par les mesures organisationnelles qui ont été prises et par les efforts fournis par les équipes. Les personnels garderont bien la possibilité de poser trois semaines de vacances : il convient de redire car des informations erronées circulent à ce sujet. Cette consigne sera respectée en 2022 comme les autres années, même si tous les personnels ne souhaitent pas prendre trois semaines pendant l'été. Ce constat chiffré ne veut pas dire que l'AP-HP n'est pas percutée par les difficultés des autres établissements. Au niveau des services d'urgence, le PNM et le PM sont plus nombreux qu'à une période antérieure. Une discussion constructive est en cours avec la collégiale pour vérifier ce qui peut être modifié dans les équilibres fixés lors de la dernière négociation. Depuis cette date, la situation a évolué et il pourrait être envisageable de revoir certains points. Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ s'entretient très régulièrement avec les représentants de la collégiale des urgences pour travailler sur ce dossier.

**Le directeur général** ajoute que les difficultés se concentrent dans certaines maternités, notamment dans les hôpitaux Jean-Verdier, Robert-Debré et quelques maternités du nord de la région (Beaujon, Bichat, Lariboisière). Dans le nord, il manque 36 sages-femmes : c'est une situation sans précédent avec des départs importants. Des tensions sont aussi enregistrées dans certains services de réanimation néonatale. La situation est acceptable à Port-Royal mais elle est plus difficile dans le nord de la région. Les lits d'aval sont également difficiles à trouver. Cette cartographie laisse à voir des points de fragilité, plutôt que tout un ensemble fragilisé.

### *Métier infirmier*

**Le président** signale que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGÉSR) a été missionnée le 17 mars 2022 par M. Olivier VÉLAN, ministre des Solidarités et de la santé, et M<sup>me</sup> Frédérique VIDAL, ministre de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, pour faire des propositions sur l'évolution de la profession infirmière, avec deux axes de travail : la caractérisation des compétences infirmières et la formation initiale à ces compétences. Une rencontre avec la direction de l'AP-HP a été organisée par M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN, ancienne coordinatrice générale des soins à l'AP-HP, qui mène cette mission avec trois autres inspecteurs. La réunion, à laquelle le président a assisté, s'est tenue la semaine passée. Le président rappelle l'importance qu'il attache à ce sujet qui a été abordé à de multiples reprises en CME. Comme lors de son audition devant le Sénat, le président souligne l'importance de revoir le parcours des infirmiers depuis leur formation initiale jusqu'à leur formation continue en passant par l'exercice professionnel. C'est un sujet devenu encore plus majeur dans la perspective du défaut d'attractivité de l'hôpital, du manque de médecins de ville à certains endroits et des difficultés de coordination entre la ville et



l'hôpital, domaine dans lequel les paramédicaux sont appelés à jouer un rôle crucial dans les années à venir.

### *Révision des effectifs 2023 de praticiens hospitaliers*

Les réunions du groupe restreint de la CME avec les groupes hospitalo-universitaires (GHU) auront lieu début novembre 2022. Le groupe restreint préparera les réunions sur la base des notes stratégiques que les GHU doivent retourner à l'issue de la phase locale qui s'achèvera le 20 septembre. Les réunions budgétaires qui se tiennent actuellement avec les GHU permettront d'intégrer les mesures nouvelles dans l'analyse de cette révision. La trajectoire budgétaire négociée par la direction générale avec l'ARS amène à proposer une révision à effectif constant. Il propose que le directeur général évoque en quelques mots cette trajectoire budgétaire qui a donné lieu à des réserves et à des attendus de la part de l'ARS.

### *Informations du directeur général*

**Le directeur général** rappelle que, lors d'une CME précédente, un point a été présenté pour comparer l'AP-HP à d'autres CHU. La difficulté est que l'AP-HP subit un effet ciseau avec un *trend* de dépenses conforme à une activité à plein, mais connaît parallèlement moins d'activité. Ce *trend* de dépenses reste élevé, y compris au niveau de la masse salariale, bien que des postes soient vacants. Cela s'explique par le volume et les tarifs hauts de l'intérim et par la rémunération des heures supplémentaires majorées. Les dépenses sont donc conformes au niveau attendu si l'activité avait été elle-même au niveau escompté, ce qui n'est pas le cas compte tenu du volume de lits fermés. Cette situation peut conduire à un creusement du déficit. Les tutelles ont donc indiqué que des plans d'efficience pourraient être demandés et les investissements revus à la baisse si le déficit de l'AP-HP reste atypique et marqué par une divergence entre recettes, activité et dépenses. La première priorité est bien de maintenir ce qui a été négocié et approuvé dans le projet social en termes de progression de carrière, de création d'emplois, de possibilité d'utiliser les heures supplémentaires majorées, etc. Ce projet social répond aux enjeux mais est difficile à conduire compte tenu du choc démographique constaté depuis l'été 2021. La deuxième priorité est de préserver les investissements. Avec les groupes hospitaliers, l'objectif est de regarder comment agir sur les leviers identifiés (codage, durée de séjour, etc.) afin de rétablir un équilibre et présenter un déficit intermédiaire entre le niveau ambitionné et le niveau qui serait atteint si l'AP-HP laissait faire le cours des choses. Cette équation est complexe à résoudre avec une masse salariale médicale qui augmente malgré la fermeture de lits. Il est en effet compliqué de réagir lorsque les médecins sont nombreux mais les infirmiers en diminution. Avec l'utilisation en sus des comptes épargne temps (CET), la situation devient même paradoxale. C'est sur ces sujets que les discussions ont lieu entre la direction générale de l'AP-HP et les groupes hospitaliers et leur communauté.

#### **4. Approbation du compte rendu de la CME du 3 mai 2022**

*Ce point est reporté.*

## 5. Point d'étape du groupe *ad hoc* de la CME sur l'évaluation des départements médico-universitaires (DMU) (P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI)

Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI propose de restituer brièvement les travaux afin de laisser la place aux échanges. Il rappelle que les DMU ont été mis en place en 2019 et devaient être évalués à mi-parcours. L'AP-HP est passée de 114 pôles à 81 DMU dont le renouvellement est prévu en 2023 puisque le mandat de leurs directeurs est de quatre ans. L'évaluation à mi-parcours des DMU avait été prévue par la direction générale avant le projet lancé par la CME lors de sa réunion de janvier 2022, après le bureau de décembre 2021 et la publication de la tribune du 10 décembre 2021.

L'évaluation des DMU s'appuie sur un questionnaire anonyme adressé au personnel médical et aux sages-femmes et sur des auditions des responsables de l'exécutif des GHU, des collégiales, de syndicats et de l'encadrement devant le groupe *ad hoc*. Le questionnaire a été envoyé à 8 400 personnes (médecins et sages-femmes seniors en excluant donc les internes et chefs de clinique). Plusieurs relances ont eu lieu pour améliorer le taux de réponse. L'analyse des résultats a été menée par la chaire d'économie de la santé *Hospinomics*, qui a mené cette exploitation des réponses dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI remercie l'ensemble des personnes qui se sont impliquées dans ce projet et qui représentent tous les collèges de la CME. Ont également participé à ces travaux des représentants de la direction et des cadres de soins ainsi que deux présidents de commissions de structures, deux doyens et deux présidents de CMEL, les P<sup>rs</sup> Bertrand GODEAU et Emmanuel MARTINOD.

2 769 personnes ont répondu et 2 456 ont complété le questionnaire, soit un taux d'achèvement de 88 %. De rares personnes n'ont pas souhaité compléter le questionnaire considérant que les problèmes se situaient ailleurs et non au niveau exclusif du DMU. Au total, 2 411 réponses ont été analysées, soit 29 % de la population totale. En moyenne, le taux de réponse à des questionnaires est de 13 %.

Le questionnaire était structuré autour de plusieurs blocs correspondant chacun à une thématique.

Sur le bloc 1 relatif à la stratification démographique, ce sont essentiellement les praticiens ayant de l'ancienneté à l'AP-HP qui ont répondu. Les fonctions les plus représentées sont les praticiens hospitaliers (48 %), suivis par les hospitalo-universitaires (39 %). Ce sont donc essentiellement les titulaires qui ont répondu, ce qui renforce l'option prise consistant à ne pas inclure les internes et chefs de clinique dans le périmètre. Cependant, ils seront consultés car ces derniers ont émis le souhait d'être entendus.

La répartition des répondants correspond à celle de la population globale des praticiens seniors de l'AP-HP. 41 % des répondants sont responsables d'au moins une structure avec des hospitalo-universitaires (HU) majoritaires.

Trois GHU réunissent 70 % des répondants : Sorbonne Université, GHU Nord Université de Paris et GHU Centre Université de Paris. Ce groupe est suivi du GHU Université Paris Saclay, du GHU Henri Mondor et Paris Seine-Saint-Denis.

Sur le bloc 2 relatif à la création des DMU, 25 % des répondants déclarent avoir participé à la mise en place de leur DMU de rattachement et plus de la moitié déclare ne pas avoir été informé des candidats à la direction médicale de leur DMU de rattachement. Ce sont des points et axes d'amélioration.

50 % des répondants déclarent ne pas connaître le projet médical de leur DMU. En revanche, 53 % des répondants, déclarant connaître le projet médical de leur DMU, disent avoir participé à son élaboration, taux qui est non négligeable.

Sur le bloc 3 relatif à l'appréciation générale des DMU, 43 % des répondants pensent que les DMU sont différents des pôles. L'apport des DMU par rapport aux pôles n'est pas perçu comme très positif. Les responsables et les HU ont un avis plus tranché, en positif comme en négatif. Des questions ouvertes ont permis d'apporter des commentaires qualitatifs qui se concentrent sur la lourdeur administrative associée aux DMU, sur l'attractivité, sur le fait que les DMU ne sont pas différents des pôles sur le plan de l'attractivité et sur le fait que les DMU participent à la mise en valeur des filières d'excellence.

Sur le bloc 4 relatif à l'expérience avec le DMU d'appartenance, les réponses collectées sont concordantes avec celles du bloc 3. Pour 75 % des répondants, le DMU d'appartenance n'améliore pas le parcours de soins des patients par rapport à l'ancienne organisation en pôles. Pour 65 %, le DMU n'améliore pas l'émergence de projets médicaux communs.

Sur le bloc 5 relatif à la recherche clinique et à l'enseignement, la majorité des répondants ne connaît pas le correspondant recherche et le correspondant pédagogique du DMU, signe qu'il existe des axes d'amélioration. Des discussions avec les doyens sont nécessaires pour mettre en avant le rôle universitaire des départements, notamment sous l'effet de la dernière réforme des études médicales. Pour les DMU métiers, il existe des pistes sur la pédagogie et l'enseignement. Les pistes sont plus difficiles à trouver pour les DMU non métiers.

Sur le bloc 6 relatif à l'animation des DMU, les répondants semblent globalement adhérer aux réunions de comité exécutif et des chefs de service et d'unités fonctionnelles. 27 % des répondants disent que des réunions élargies à l'ensemble du personnel médical sont organisées avec une fréquence annuelle en moyenne. Selon les répondants, la plupart des délégations de compétences devraient revenir en première ligne aux services à l'exception de la gestion du budget recherche. Une question ouverte était posée sur l'animation pour laquelle le *verbatim* montre un manque de communication et donc de transparence. Les choses se passent mieux lorsque les candidats à la direction du DMU sont connus et lorsque le projet médical est cohérent. D'autres répondants soulignent que les réunions traitent plus de questions financières et budgétaires que de recherche. Pour d'autres encore, les DMU sont trop grands. Beaucoup de personnes interrogées réclament un processus plus démocratique et horizontal.

Sur le bloc 7 relatif au fonctionnement du DMU, le périmètre géographique du département pourrait être un frein à son bon fonctionnement. Les répondants sont généralement satisfaits de la cohérence thématique de leur DMU. La place du chef de service apparaît comme un maillon essentiel au fonctionnement. Le circuit de décision est globalement méconnu des répondants. Parmi ceux qui connaissent le circuit de décision, les deux tiers le trouvent fluide.

Sur le bloc 8 relatif à l'évolution souhaitée des DMU, la transformation en fédération a été proposée sans en détailler les modalités précises. La majorité des répondants a plébiscité cette formule basée sur la cohérence médicale. Dans le *verbatim*, des répondants ont proposé de donner une place plus importante au chef de service et à une consultation plus large du personnel (médical et non médical) avant les désignations des responsables. D'autres répondants ont appelé à la mise en place d'un mécanisme d'élection.

*Hospinomics* a réalisé une étude de satisfaction sur la base des deux questions suivantes : « Comparés aux pôles, les DMU apportent un plus aux différents services qui les composent » et « Considérez-vous que les DMU ont eu un impact sur votre pratique quotidienne dans votre DMU d'appartenance ? ». Les personnes ayant répondu par l'affirmative aux deux questions ont été considérées comme des répondants satisfaits. L'analyse a couvert 1 870 répondants pour 64 DMU sur 81, lorsque le nombre de réponses était suffisant. Les réponses ont été détaillées par GHU pour un résultat global de satisfaction de 12 %. Les DMU métiers sortent plutôt renforcés par rapport aux autres.

En conclusion, le questionnaire a donné lieu à une forte participation, surtout de la part des responsables de structure. L'apport des DMU ne semble pas perceptible comparé à celui des pôles. L'évaluation remonte un besoin significatif de transparence, d'information et de démocratie participative. Les répondants souhaitent être plus impliqués dans la vie des DMU. Les services sont reconnus comme étant le cœur du dispositif de soin hospitalier. La cohérence du projet médical, le contact avec le terrain et un périmètre plus resserré semblent représenter la structure intermédiaire optimale.

Ce travail n'est qu'un des trois piliers de l'analyse des DMU. Les deux autres piliers sont l'enquête menée par la direction générale auprès des encadrants dont les résultats seront incessamment disponibles et l'évaluation en cours autour des six GHU.

La commission *ad hoc* s'est réunie le 1<sup>er</sup> juin 2022 pour commencer à travailler sur plusieurs points, notamment sur la place à accorder aux services. Certes, les DMU n'ont pas fait disparaître les services mais le chef de service et le cadre de proximité doivent constituer un binôme particulièrement puissant au sein des services pour animer le projet médical avec l'ensemble des autres membres. La structure intermédiaire aura un rôle important pour arbitrer les demandes entre les services. Les services pourraient servir la structure intermédiaire (DMU ou fédération) de leur choix mais aucun service ne pourrait rester isolé. La coordination médicale serait proposée par les services, mais la désignation serait dans les mains de la CME locale et du comité exécutif (COMEX) avant validation par la CME centrale et le directeur général. Une charte serait signée par les membres de la structure intermédiaire (fédération ou DMU) ou par les CME locales si les limites du GHU sont dépassées. Les fédérations pourraient être mises en place en 2023. D'après ce que rapporte le directeur général, il serait possible de mener des expérimentations avant mise en place.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** observe que ces résultats sont le signe d'un désaveu des DMU. Le dire ainsi ne signifie pas une remise en cause du travail mené par le groupe *ad hoc* et par les membres des DMU. Cependant, 75 % des répondants pensent que le DMU n'améliore pas le parcours de soins et 65 % pensent que le DMU n'améliore pas le travail. Le DMU est finalement une surcouche administrative chronophage. Les attentes portent certes sur davantage de démocratie, de dialogue et de communication, mais ces attentes peuvent être satisfaites par les services. Il est

désormais proposé la mise en place de fédérations qui existaient par le passé sous forme de fédérations de services. L'AP-HP est en train de perdre du temps mais aussi de perdre en efficacité. D'ailleurs, les verbatim pointent bien que les DMU sont des structures lourdes qui ne jouent pas en faveur de l'attractivité. Il appelle donc à revenir à une structuration organisée autour du service tout en améliorant la démocratie et la communication. En revanche, le « mille-feuille » universitaire et administratif qui est proposé ne peut pas répondre aux enjeux.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** constate que les résultats de cette enquête ne précisent pas ce qu'attendaient les administratifs de la mise en place des DMU par rapport aux pôles. Ce projet avait-il pour objectif d'améliorer les parcours de soins et la recherche ou d'atteindre un optimum dans la gestion administrative et le contrôle financier pour coller à la partition de l'AP-HP ? La question est aussi de savoir s'il faut intégrer une gouvernance médico-administrative respectant le caractère très asymétrique de la loi *Hôpital, patients, santé, territoires* (HPST) ou s'il faut préférer des structures médicales plus démocratiques fixant des objectifs qui seraient ensuite confrontés aux critères financiers de telle sorte à voir si les deux peuvent converger. Cette deuxième solution semblerait plus saine plutôt que de mettre en place de mini-gouvernances dans lesquelles la liberté de manœuvre est assez limitée. Au sein des COMEX des DMU, c'est ainsi que l'ont vécu nombre de services. C'est sur cette base qu'une discussion devrait s'initier car les résultats du questionnaire affichent clairement que les DMU ne sont pas un progrès. Sur le plan budgétaire, les administratifs sont dépendants de leur gouvernance, ce qui n'est pas le cas des médecins qui peuvent rappeler que leur mission est de soigner la population, puis de voir comment et jusqu'à quel point cet objectif peut être tenu. Ce discours ne fait finalement que paraphraser le président de la République qui a expliqué devant témoins, mais pas devant les médias, qu'il était tout à fait disposé à revoir le paradigme du soin en France et que la priorité devait être de répondre aux besoins sanitaires, base sur laquelle des ajustements devaient intervenir.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** souhaite savoir si l'insatisfaction des répondants est homogène. Au sein de l'hôpital Ambroise-Paré, des DMU fonctionnent plutôt bien. À l'inverse, d'autres dysfonctionnent, car ils sont souvent une association hétéroclite de services. Des résultats plus fins sont donc nécessaires car il n'est pas certain que tout soit à remettre en cause. Sans doute, certains éléments du DMU doivent être préservés. Dans son GHU, certains DMU ont été construits dans l'urgence et leur organisation est sans doute à revoir. Une solution pourrait être de revoir le nombre de DMU pour qu'ils présentent une structure plus cohérente et homogène.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** souligne qu'il s'est efforcé de présenter l'analyse la plus fine possible des résultats. Cependant, pour plusieurs raisons, et notamment pour des questions liées au respect du règlement général sur la protection des données (RGPD), il n'est pas possible d'aller plus loin que l'indice de satisfaction des 61 DMU retenus qui reste relativement homogène. Cela étant, l'objectif poursuivi est bien d'utiliser les résultats du questionnaire pour identifier des axes d'amélioration. Si l'orientation prise est de faire évoluer la structure intermédiaire, l'objectif sera bien de la faire évoluer avec une plus grande démocratie participative, une discussion sur le projet médical, la cohérence du projet médical voire des délégations de gestion et de compétences. C'est un thème peu abordé mais qui permettrait de voir jusqu'où les promouvoir et si les structures intermédiaires pourront devenir plus autonomes. L'année à venir permettra sans doute d'effectuer des expérimentations. Il n'est sans doute pas possible de revenir qu'aux services car il existe des besoins d'arbitrage devant être résolus au niveau du DMU, de la fédération ou d'une autre structure intermédiaire, comme le site. Cependant, il conviendra de déterminer un niveau apte à arbitrer puisque 800 services ne pourront pas fonctionner sans cette structure chapeau.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** fait état des échanges que les présidents de CMEL ont eu avec le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU qui a participé à ce travail en leur nom. Pour mémoire, les DMU ont été créés à la suite des GHU en juillet 2019, souvent dans l'urgence et parfois avec une volonté de regroupement pour installer des DMU inter-sites. Le périmètre des DMU est cependant un critère important. La crise COVID a conduit à laisser le fonctionnement des DMU en jachère en 2020, 2021 voire en 2022, même s'ils ont continué à fonctionner car des projets médicaux et stratégiques ont quand même pu voir le jour. Cependant, elle a toujours défendu la place du service avec lequel un dialogue constructif doit s'engager au sein du DMU. Le questionnaire ne comportait pas de questions sur l'appréciation du directeur de DMU et du chef de service. Or, certains DMU fonctionnent car le directeur de DMU est mobilisé et présent ainsi que les chefs de service. Le P<sup>r</sup> Claire POYART ne pense pas que la fédération soit la solution. Dans une situation de crise majeure, changer un « D » pour un « F » n'aurait pas de sens. Elle propose plutôt de tirer les enseignements de l'enquête sur les DMU mais aussi de tirer les enseignements des enquêtes menées dans les GHU. Au sein du GHU AP-HP. Centre, un bilan libre des DMU a été effectué dont il faudra également exploiter la matière pour penser l'après.

**Le président** demande si les résultats de l'enquête menée au sein du GHU AP-HP-Centre sont déjà disponibles.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** répond que la restitution des résultats aura lieu le 8 juillet 2022. Ce bilan sera ensuite partagé pour dresser le bilan des DMU et dessiner des pistes pour la suite.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** rappelle que plus des deux tiers des personnels ne se sont pas exprimés et que les DMU n'ont été évalués que sur quelques mois de fonctionnement en mode normal, période qui a coïncidé en outre avec des difficultés de recrutement. Ces éléments sont bien évidemment à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. En tant que directeur d'un DMU, il ne reconnaît pas non plus son DMU dans le bilan négatif qui vient d'être présenté. Il estime que certains de ses collègues partagent la même opinion que lui. Il rappelle que le DMU permet de mutualiser les moyens, notamment au niveau des travaux et investissements et que beaucoup de projets ont pu être menés à bien car il existait un DMU en mesure d'arbitrer et de cadencer les travaux et investissements entre chaque service. À l'échelle d'un service, ces projets n'auraient pas pu être menés faute de budget suffisant.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** regrette que le DMU vienne en plus de la démarche à mener auprès de l'administration, puisque chaque décision prise au niveau du DMU doit encore suivre le circuit de l'ancienne organisation. Par exemple, lorsqu'un DMU décide de créer un poste, la décision doit encore être validée suivant les précédentes procédures. À ce titre, le DMU peut apparaître comme une strate supplémentaire dans le circuit de décision. De plus, les DMU n'ont pas de délégation de gestion alors qu'avec des montants plafonnés, cela permettrait d'apporter de la fluidité, par exemple pour remplacer un échographe de bloc. Si de l'autonomie était offerte au DMU, les parties pourraient y trouver un plus grand intérêt et du sens.

**M. Guy BENOÎT** constate que l'enquête est un succès en nombre de répondants et que ses résultats sont clairs puisqu'une minorité nette de répondants se dit satisfaite. Dans ces conditions, il existe peu d'intérêt à remplacer le DMU par une FMU. À l'époque de la mise en place des DMU, il avait émis des réserves quant aux risques liés à la mise en place de structures larges. Certes, il peut être annoncé aujourd'hui que des DMU sont opérants mais il ne faut pas négliger le fait que près de 2 000 personnes affirment que les DMU ne répondent pas à l'enjeu annoncé. Il veut bien que

toutes ces personnes aient tort et que l'AP-HP ait raison envers et contre tous, mais si les élus ne veulent pas écouter ou ne comprennent pas ceux qu'ils représentent, la situation est grave. Ces résultats devraient collectivement interpeller. Il craint des réveils douloureux à ne pas entendre.

**Le P<sup>r</sup> Emmanuel MARTINOD** remercie tout d'abord le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI et tous les membres de la commission pour ce travail. Pour sa part, il a participé aux travaux d'évaluation visant à identifier l'avancée significative des DMU par rapport aux pôles. Aujourd'hui, tout le monde s'accorde à dire que l'échelle pertinente est celle du service. Ce point fait consensus. L'expérience montre que les DMU qui fonctionnent sont ceux qui sont construits autour de projets médicaux. Le meilleur système est le regroupement de services au sein de pôle/DMU selon une logique médicale et non administrative. Pour ce qui concerne la gouvernance, il ne faut jamais avoir peur de la démocratie et de l'élection. Il ne croit pas qu'instaurer des FMU soit une réponse à la mesure des difficultés actuelles alors que le système s'effondre. Il espère que la CME sera à l'origine de réformes aptes à lutter contre l'effondrement du système et que la commission sera en capacité de prendre des mesures beaucoup plus importantes et plus fortes pour contrer le risque de faillite de l'institution.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** s'associe à ceux qui considèrent que parler des DMU semble surréaliste au vu de la crise actuelle, laquelle n'est pas provoquée par l'existence des DMU. Par ailleurs, si un bilan des pôles avait été dressé, il aurait été sans doute possible de proposer une structuration plus favorable. Il souhaite aussi souligner le succès du questionnaire comme l'atteste son taux de réponse alors qu'un questionnaire envoyé récemment à tous les avocats du barreau de Paris n'a obtenu qu'un taux de réponse de 4 pour 1 000. Avec un taux de réponse supérieur à 30 %, et encore plus élevé pour les responsables de structure, les résultats sont très représentatifs.

**Le président** précise que 41 % des répondants sont chefs de structure et demande si le taux de réponse des chefs de structure est connu.

**Le P<sup>r</sup> Bernard Granger** constate que le taux de satisfaction des répondants à l'égard des DMU est très faible. Il faut honnêtement reconnaître qu'il s'agit d'un désaveu. De plus, aucun DMU n'obtient un indice de satisfaction supérieur à 50 %. Il ne faut pas se montrer sourd à ce message même s'il ne fait pas plaisir. Les représentants les plus éminents de la communauté ou ceux qui se sentent personnellement visés, à tort, c'est-à-dire les directeurs de DMU, ne peuvent pas se couper de l'ensemble de la communauté médicale.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** précise que, lors des séminaires de GHU qu'il a récemment animés, personne n'a dit que tout allait bien et qu'il ne fallait rien changer. Tous sont favorables à une amélioration, notamment sur certains points indiscutables. Ne rien changer serait un acte irresponsable.

**Le P<sup>r</sup> Agnès HARTEMANN** est surprise par le temps passé pour se convaincre que les DMU servent le soin alors que la « maison brûle ». Dans leur grande majorité, les répondants affirment que les DMU ne servent pas le soin. Elle ne voit donc pas l'intérêt de passer du temps à organiser des séminaires pour améliorer les DMU. Elle rappelle par ailleurs que, par le passé, les demandes des services étaient arbitrées avec une commission des équipements, une commission des effectifs, etc. Puis, avec l'organisation en pôles, une réunion a été organisée tous les quinze jours pour effectuer les arbitrages. Les DMU justifient uniquement l'existence des GHU. Dans son DMU cardio-métabolique, aucune décision n'est prise même s'il affiche une cohérence médicale et des consensus. Par ailleurs, lorsque le DMU formule une demande, par exemple pour un équipement,

personne ne sait qui doit la valider ni qui a justifié le classement de ladite demande. L'organisation actuelle conduit donc à installer une organisation en mille-feuilles qui échappe totalement au contrôle des équipes et qui éloigne les arbitrages du terrain. Aujourd'hui, les équipes ne savent même plus pourquoi leur demande a été refusée. Par ailleurs, la transparence et la communication qui sont demandées dans le questionnaire ne sont pas là, puisque lors du Comex de son DMU, il a été demandé aux chefs de service de se faire les porte-parole de leurs équipes, sans même les avoir informés préalablement qu'ils seraient leurs ambassadeurs et sans les consulter. En outre, lors de cette même réunion, il a été demandé aux chefs de service de commencer par les points positifs des DMU, alors que ce bilan n'était pas à l'ordre du jour et que les résultats du questionnaire n'avaient pas été communiqués.

**Le directeur général** reconnaît que le taux de réponse au questionnaire est relativement important et que les résultats sont globalement négatifs. À l'origine, les DMU n'ont pas été construits pour opposer les administratifs aux médecins. Le DMU est le fruit d'un travail collectif et le projet a été validé par la CME à un vote très majoritaire, sans vote négatif, sous réserve de vérification. Certes, il est toujours possible de se tromper mais il ne faut pas réécrire l'histoire. Les DMU n'ont pas été créés pour réaliser des économies. Même si les résultats ne sont pas visibles, ils avaient pour objectif de mettre en place une organisation des soins plus logique par rapport à celle proposée par les pôles. Il existe en revanche un lien entre les DMU et les GHU car le but était d'organiser des circuits cohérents en rapprochant les services d'une même spécialité au-delà des sites. Il prend également l'exemple de la structuration de l'orthopédie au sein du GHU Paris. Centre qui a permis de mieux prendre en charge les patients qui subissaient auparavant l'absence de lien entre les sites. Comme l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) prenait plutôt en charge les rachis, les patients souffrant de fractures du col du fémur devaient attendre plusieurs jours avant d'être transférés en clinique privées alors que désormais ils sont pris en charge à l'hôpital Cochin. Ce projet a permis aussi de renforcer la logique entre neurologie et neuro-vasculaire entre les hôpitaux Saint-Antoine et de la Pitié-Salpêtrière. C'était l'idée de départ. Si la question était posée aux responsables de la gestion de crise de savoir s'ils ont eu plus de facilité à gérer la crise COVID en ayant comme interlocuteur un grand département de soins critiques, la réponse serait largement favorable, ce que le P<sup>f</sup> Jean-Damien RICARD confirmerait sans doute.

**Le directeur général** ne souhaite pas laisser dire que les médecins veulent répondre aux besoins de santé tandis que les administratifs voudraient les détruire. Il n'est pas convaincu que l'auto-organisation par les médecins de leur service conduise à mieux répondre aux besoins de santé. Lorsqu'il était externe, il existait deux services de rhumatologie, non pas parce qu'il y avait beaucoup de malades à prendre en charge mais parce que les médecins se disputaient les élèves. Il y a dix ans, lorsqu'il existait six services de transplantation hépatique, alors qu'aucune métropole au monde n'en compte plus de deux, il existait bel et bien un problème. Finalement les organisations spontanées des services n'étaient pas la bonne réponse pour satisfaire les besoins de santé comme l'a montré notamment la mission du P<sup>f</sup> Véronique ROGER de la *Mayo Clinic* sur la chirurgie digestive, la chirurgie orthopédique et la cardiologie. Il n'est donc pas certain que l'autodétermination des professionnels de santé, qui sont confrontés dans le même temps à leurs problématiques de carrière, d'équipe, et autre, soit la réponse appropriée. Il assume que cette position ne plaise pas. Par ailleurs, il est nécessaire de s'appuyer sur une strate chargée d'effectuer des arbitrages. Si les DMU sont dilués dans des fédérations « molles » sans adhésion obligatoire, alors l'arbitrage reviendra dans les mains des directions. Pour sa part, il souhaite que les arbitres soient des médecins, or cette position est assez inconfortable : il faut courir, on se fait



siffler, les deux équipes sont mécontentes. Pour autant, ce rôle doit être joué par un médecin et non confier cette responsabilité à 800 services. Tenir ce propos ne revient pas à faire un plaidoyer pour le maintien des DMU. Cependant, il invite tous les membres de la CME à réfléchir à la notion d'arbitrage. De plus, même si ce n'est pas populaire, il estime que la tarification à l'activité (T2A) est plus protectrice de l'indépendance d'un hôpital qu'un financement par subvention conduisant le ministère et l'ARS à décider si la structure est en droit de percevoir sa subvention. Avant de tout remettre en cause, il propose de regarder ce qu'il se fait dans les grands hôpitaux académiques mondiaux dans lesquels il existe aussi des départements. Les difficultés graves que traverse l'hôpital ne se situent pas sur les DMU mais portent sur des sujets que l'on ne souhaite pas regarder en face, car les examiner reviendrait à remettre en cause certaines habitudes, certaines facilités voire un certain confort. Le dire ainsi ne signifie pas qu'il n'existe pas actuellement un inconfort mais, parfois, les personnes préfèrent maintenir ce qui les fait souffrir, ne pas le remettre en cause, pour continuer à pointer les DMU, la direction, etc. car cette position est plus facile.

**Le directeur général** retient que les DMU ne fonctionnent pas comme le prévoyait le cahier des charges ce qui ne le satisfait pas. Il rappelle par exemple qu'il avait été proposé que les usagers soient impliqués dans les DMU. Or très peu ont pris cette orientation (8 à 10 %). Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de fait, notamment la crise COVID. Par ailleurs, il ne faut pas nécessairement désigner un représentant des usagers mais plutôt une association, ce qui peut être compliqué. Cependant, la voix des usagers est quasiment absente des DMU. Les résultats du questionnaire montrent aussi que des chefs de service ne sont pas associés aux instances du DMU à beaucoup d'endroits, contrairement aux recommandations qui ont été émises. Sans attendre, il faut rappeler que des règles ont été fixées. Ces règles peuvent être passées en revue pour vérifier si certaines sont devenues caduques mais les autres doivent être appliquées pour vérifier si elles permettent d'améliorer le vécu de ceux qui travaillent dans les DMU. Il souhaite également que des responsabilités, y compris financières, puissent être déléguées assez rapidement à certains DMU. Il serait compliqué de déléguer à tous mais cette délégation doit pouvoir concerner utilement plusieurs DMU.

**Le président** indique que l'objectif n'est pas d'émietter l'organisation actuelle en 800 services. Le groupe *ad hoc* a bien souligné que le souhait était de réunir les services autour d'un projet médical cohérent. Certes, face aux difficultés actuelles, passer du temps à discuter de ce sujet peut sembler abscons car les DMU ne résument pas l'ensemble des problèmes actuels. Cependant, une évaluation des DMU était programmée. Par ailleurs, la loi RIST souligne qu'il faut revoir la gouvernance des hôpitaux et ce projet s'inscrit donc dans une bonne temporalité, d'autant plus que les DMU seront à renouveler dans un an. Il reconnaît que le personnel de terrain ne sait pas toujours de quoi l'on parle lorsque l'on évoque les DMU. C'est un problème quoi que l'on en dise. Dans les autres CHU, le service est l'unité de base lorsque l'on anime une équipe médico-soignante. Aussi l'éloignement des lieux de décision des lieux de l'action pose partout un problème. Il rejoint donc ceux qui soulignent que changer le « D » pour le « F » n'est pas la solution. Tous les problèmes ne viennent pas du DMU, mais certains dysfonctionnements relèvent bien de l'organisation des services entre eux et de leurs relations avec les directions. Pour ces raisons, la plupart des répondants au questionnaire attendent de vrais changements. Toutefois, là où les équipes estiment que les associations médicales actuelles font sens, car elles sont cohérentes, l'organisation pourrait être conservée. L'évaluation des DMU par les cadres et les GHU permettra de compléter cette analyse, puis de formuler des propositions pour construire une

organisation significativement différente. En effet, un malaise a été exprimé et ne pas l'entendre serait une erreur alors que les membres de la CME représentent les répondants.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** entend ceux qui estiment que la proposition n'est pas assez ambitieuse mais il considère que faire un petit peu, est déjà mieux que rien.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** remercie le directeur général de ses propos qui mettent l'accent sur les points clés, à savoir le bon niveau d'arbitrage et le périmètre de la délégation. Dans ce paysage, le DMU est une pièce de puzzle qui n'est peut-être pas à la bonne dimension. La réflexion doit donc s'élargir à des points d'organisation (délégation de gestion, délégation de compétences, subsidiarité, niveau des arbitrages). À sa connaissance, ce n'est pas au niveau des DMU que les derniers arbitrages ont été rendus.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** indique que la question est de déterminer ce qu'apportent les DMU et les GHU et en quoi ils permettent d'améliorer le système. À la lecture des résultats du questionnaire, il peut être constaté que seuls 12 % pensent que cette organisation a été positive. Peut-être que la crise COVID est venue brouiller les cartes et que les avantages de cette organisation n'ont pas pu se déployer, mais il faut apporter les preuves que cette organisation peut apporter un plus car personne ne le voit à ce stade.

#### **4. Ville-hôpital : échange avec les D<sup>rs</sup> Marie-Laure ALBY, membre de la communauté professionnelle territoriale de santé de Paris 14<sup>e</sup> (CPTS 14) et du conseil de surveillance de l'AP-HP, et Alain BEAUPIN, président du centre de santé Richerand (Paris 10<sup>e</sup>)**

**Le président** souhaite la bienvenue aux D<sup>rs</sup> Marie-Laure ALBY et Alain BEAUPIN à qui il propose de se présenter. Il souligne que la présence de médecins de ville devant la CME de l'AP-HP est une première dans son histoire. Au cours de l'échange qui va suivre, il propose de circonscrire les discussions à l'offre de soins non programmés et à la manière de travailler entre la ville et l'hôpital afin de dessiner de premières pistes. Le président propose qu'il y ait d'autres moments d'échanges pour évoquer les autres sujets.

**Le D<sup>r</sup> Marie-Laure Alby** est médecin généraliste. Dès le début de sa carrière, dans les années 80, elle s'est engagée dans le syndicat *MG France* qui œuvrait pour la promotion de l'accès aux soins et qui acceptait l'idée que les médecins soient des agents économiques. *MG France* voulait aussi promouvoir la médecine générale comme discipline universitaire. Dès son début de carrière, elle a été frappée par le fonctionnement en silo du système de santé, qui était encore plus fragmenté alors entre la ville et l'hôpital avec un mépris souvent entre les deux, alors même que tous les médecins avaient été formés au même endroit. M. Jean-Marie LE GUEN, adjoint au maire de Paris chargé de la santé de l'époque, a ensuite favorisé sa nomination comme personnalité qualifiée au sein du conseil de surveillance de la Pitié-Salpêtrière en lui indiquant que cet hôpital formidable pensait qu'il n'existait rien au-delà de ses murs. Deux ans plus tard, il lui a été proposé d'être personnalité qualifiée au sein du conseil de surveillance de l'AP-HP. La tâche est certes complexe mais sa présence lui permet de témoigner de ce qu'il se passe en dehors de l'hôpital public. Elle évoquera, au cours de son intervention, quelques pistes pour travailler de manière différente entre ville et hôpital afin de traverser cette nouvelle crise qui se dessine pour l'été, après la crise COVID qui a permis de mettre en place des manières différentes de coopérer.

**Le D<sup>r</sup> Alain Beaupin** est médecin généraliste. Il a fait toute sa carrière dans les soins primaires. Son domaine de compétence est l'organisation des soins et les infrastructures. Il est président du centre de santé RICHERAND, qui a été repris en gestion par une société coopérative d'intérêt collectif (SCIC), animé par une équipe médicale et une direction générale qui travaillent en binôme. Il préside également l'institut Jean-François REY qui est une organisation de recherche en soins primaires, créée au niveau des instances nationales des centres de santé.

Il souhaite commencer par quelques mots sur le contexte. Il indique d'emblée qu'il n'a pas de solutions à proposer pour résoudre les difficultés de l'hôpital. L'objectif de son exposé sera de dessiner les enjeux pour les soins primaires ainsi que quelques pistes. Le contexte actuel pousse à un renforcement du rôle des soins primaires, expression qu'il préfère à celle de virage ambulatoire qui ne concerne que l'hôpital.

Du point de vue des patients, une amélioration de la prise en charge médicale et sociale, notamment des maladies chroniques est attendue. Cela a fait bouger la conception de la médecine de ville. Les épisodes aigus et bénins justifiaient autrefois le paiement à l'acte mais la prise en charge des maladies chroniques invite à d'autres modes de financement et à d'autres modes d'organisation. Pour les professionnels des soins primaires, il existe une aspiration à un travail en équipe pluri-professionnelle et à une bonne qualité de vie au travail. Il est important de prendre en compte ces aspirations pour faire adhérer les professionnels. Pour créer cette dynamique, il convient également que les centres de santé soient attractifs et magnétiques.

Plusieurs rapports pointent l'insuffisance de coordination entre ville, hôpital et secteur médicosocial, notamment ceux du haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) et de la cour des comptes. Face à ce constat, des solutions sont en cours de déploiement comme les plates-formes territoriales d'appui (PTA) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui doivent encore être confrontées à l'épreuve des faits. Dans le X<sup>e</sup> arrondissement de Paris où se situe le centre RICHERAND, la mise en place de la CPTS a été énormément appuyée.

Une fenêtre législative est ouverte pour cinq ans et « Ma Santé 2027 » pourrait constituer une lueur d'espoir, même s'il anticipe peut-être sur les annonces de M<sup>me</sup> Brigitte BOURGUIGNON ou de M. Cédric ARCOS.

Plusieurs solutions ont été expérimentées dans les centres de santé. Il cite en premier lieu les expérimentations tarifaires dites article 51 dont l'expérimentation nationale du paiement en équipe des professionnels de santé (PEPS) lancée en 2021, qui propose un forfait au lieu du paiement à l'acte. L'évaluation du dispositif par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) est en cours. Des sociologues y participent pour mener des entretiens qualitatifs et interroger les patients. Ce dispositif semble être très prometteur, y compris sur le plan budgétaire puisque le gain est de 30 % par rapport à l'ancien système et offre une enveloppe permettant de mettre en place des actions de prévention, de la rééducation et de l'activité physique adaptée par exemple.

Une deuxième expérimentation nationale concerne les centres de santé d'Aubervilliers, de La Courneuve, de Champigny et du X<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Cette initiative conduit à un paiement supplémentaire à la qualité évaluée sur la base de critères reconnus internationalement comme le taux d'admission direct sans passage par les urgences, le taux de réadmission à l'hôpital avant les 30 jours, la consultation d'un médecin généraliste ou d'un infirmier dans un délai de

15 jours, etc. Le premier bilan de cette expérience est favorable mais il faut attendre les résultats de l'évaluation nationale. Une fois évaluées, l'objectif est que ces expérimentations se traduisent dans le droit commun. Le risque est toutefois que ces expériences ne se pérennisent puisque cela s'est déjà produit par le passé avec des expérimentations pourtant réussies mais pas répliquées.

Le dispositif de l'ARS permettant à des médecins généralistes d'avoir une pratique partagée entre la ville et l'hôpital pour améliorer l'aval et l'amont est également prometteur. Aujourd'hui, trois des 10 médecins généralistes du centre Richerand sont partagés entre le centre de santé et l'hôpital Lariboisière pour deux postes et Saint-Louis pour un poste pour y faire de la médecine interne mais aussi de l'aval des urgences et de l'amont. La CPTS a repris l'idée des postes partagés et finance une partie du projet. L'évaluation médico-économique de cette initiative est attendue. L'écueil est que ces postes sont précaires, pour une durée limitée à deux ans. Du point de vue des patients et de la médecine de ville, cette mesure constitue toutefois un vrai levier d'action, tout comme celui des assistants partagé ville-hôpital en spécialités. Ce dispositif repose cependant sur un effet d'aubaine, dans la mesure où l'ARS finance le volet hospitalier de ces postes. Si l'AP-HP pense que ce système est vertueux, il faudrait le faire évoluer car, aujourd'hui, son bilan est contrasté.

Deux programmes ont été mis en place dans le domaine de la recherche en soins primaires. Le projet MATCH porte sur les soins non programmés et fait suite à l'appel à projets des groupements inter-régionaux pour la recherche clinique et l'innovation (GIRCI) Île-de-France lancé en 2020. Ce projet de recherche cherche à comprendre les attentes des patients mais aussi la compréhension de ces attentes par les professionnels. Le projet « Match » s'appuie sur des critères quantitatifs et qualitatifs et fait intervenir une sociologue. La phase de recueil des données est désormais terminée. Le rapport final est attendu fin 2022 et permettra de proposer des leviers d'action et d'organisation pour les CPTS et pour les acteurs de soins primaires. Par ailleurs, le projet « Epidaure 2 » répond à un appel à projets de recherche en soins primaires de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Il vise à identifier les modes d'organisation des équipes de soins primaires favorables à la qualité des soins et au ressenti favorable par les patients. Ce projet repose sur des critères quantitatifs et qualitatifs et utilise des indicateurs du système national des données de santé (SNDS).

Un projet d'entrepôt de données de santé (EDS) a été lancé : la phase exploratoire est terminée. Une étude de faisabilité va maintenant être lancée. À terme, 200 centres de santé pourraient être concernés. L'objectif est que l'EDS soit un registre de patients suivis par les médecins traitants avec un appariement des données avec celles du SNDS. Cette base pourrait être utilisée à des fins de pilotage populationnel mais aussi comme une aide au pilotage clinique.

Dans la mesure où les infrastructures sont déterminantes, un travail est également mené sur l'aspect bâtiminaire en tant qu'élément permettant de favoriser le travail en commun et facilitant les repères des patients. L'infrastructure numérique avec « Mon espace santé » doit aussi être valorisée pour que les professionnels s'y intéressent et l'exploitent.

**Le D<sup>r</sup> Marie-Laure Alby** souhaite dessiner les pistes que peut proposer la médecine de ville pour aider l'hôpital à traverser la deuxième crise sanitaire à venir cet été, tout en soulignant que la ville connaît aussi des difficultés de démographie médicale, de fatigue générale et de vacances de postes. Pour ce faire, elle a sélectionné quelques situations permettant de coopérer rapidement. Ce sont des solutions temporaires qui nécessitent de l'agilité, comme ville et hôpital ont déjà su

en faire preuve au moment de la crise COVID. La première situation qu'elle souhaite évoquer est le service d'accès aux soins (SAS) qui se met en place. Pendant longtemps, le sujet a été présenté comme un sujet propre au service d'aide médicale urgente (SAMU) tandis qu'il devient désormais un sujet ville-hôpital. Pour des raisons politiques, l'expérimentation SAS a été menée dans quatre départements. Le point clé à suivre pendant l'été sera la régulation du centre 15, pour laquelle les moyens et les forces doivent être mobilisés pour contenir la demande de soins et mieux l'orienter. Le D<sup>r</sup> Marie-Laure ALBY explique avoir repris des gardes à la régulation il y a neuf mois car il y manquait d'effecteurs. Un groupe de régulateurs travaille avec ceux du SAMU et des assistants de régulation médicale (ARM). Le dispositif doit être soutenu afin que le dimensionnement puisse être adapté très rapidement à la demande. Il convient aussi d'améliorer l'information donnée en aval aux patients.

Un travail a aussi été engagé sur les sorties d'hôpitaux dans le sud de Paris. L'objectif est de permettre une sortie plus précoce de l'hôpital avec l'appui de la médecine de ville, c'est-à-dire avec une visite infirmière et un lien avec un médecin traitant. Le projet serait de mettre en place des circuits de sortie plus rapides, voire d'éviter l'hospitalisation. L'outil « Direct AP-HP » pourrait être adapté et mieux pris en compte par le CME. En effet, lorsque les professionnels de l'hôpital se l'approprient comme à l'HEGP, il est possible de proposer des circuits innovants, comme les consultations post- COVID, qui sont devenus désormais des appuis aux COVID longs. Cet outil doit être mieux utilisé pendant l'été soit pour garder les patients à leur domicile mais en les accompagnant pour s'adapter si leur situation se détériore, soit pour accompagner la sortie d'hospitalisation, notamment auprès des patients présentant des pathologies lourdes. « Direct AP-HP » qui était une idée du directeur général est un très beau dispositif que les médecins de l'hôpital doivent exploiter.

À Paris, il existe quasiment une communauté territoriale de santé (CPTS) par arrondissement. Ces structures présentent des degrés de maturité différents. L'AP-HP considère être suradministrée, mais les centres se sentent sous-administrés. Les CPTS expriment le souhait d'une plus forte coopération. Lors d'une réunion inter-CPTS qui s'est tenue le 31 mai 2022, chacun a pu partager ses expériences. L'objectif est aussi de bâtir assez rapidement des soins non programmés par arrondissement. L'ARS est prête à apporter son aide pour qu'il existe des relais en ville de consultations au plus près du territoire. Certains de ces lieux existent déjà pour la permanence des soins ambulatoires (PDSA) mais qui doivent être adaptés, ce qui permettrait de soulager l'hôpital et ses consultations.

Ces trois pistes doivent être examinées pour voir comment les prolonger dans une logique de co-construction. Pour le SAS, elle exprime une certaine déception car la co-construction n'a pas été aboutie même si le P<sup>r</sup> Pierre CARLI est coopérant et défend la médecine de ville. La proposition initiale était de mettre en place quatre SAMU dans quatre départements, ce qui ne permettait pas à la médecine de ville de participer sauf par le biais de l'union régionale des professionnels de santé (URPS). Ce montage était donc complexe d'autant que l'URPS était en période électorale et n'est pas la partie la plus convaincue de l'intérêt de la coopération ville-hôpital. Il faut désormais construire un système pour l'adapter et le rendre plus solide pour rendre un meilleur service aux patients et mieux coopérer avec l'hôpital.

**Le président** note que ces deux témoignages ont porté sur des sujets différents. Le premier part de l'expérience d'un centre de santé structuré qui existe depuis longtemps et qui conduit des expériences intéressantes et encourageantes tandis que le second porte sur les CPTS qui se

mettent en place. Il était important d'entendre ces deux témoignages car le système français de santé est très centré sur l'hôpital : c'est le grand reproche qui lui est fait. Pendant la crise Covid, des coopérations ont certes été mises en place mais elles restent complexes. Cependant, compte tenu de la situation actuelle, il n'y a pas d'autres choix que de faire travailler ensemble ville et hôpital. Il sera donc sans doute nécessaire que d'autres interventions des représentants de la médecine de ville soient programmées devant la CME, voire qu'un représentant de la médecine de ville soit présent à la CME. Compte tenu de l'urgence de la situation actuelle, il faut sans doute accélérer les projets pour faire face à l'afflux de patients mais aussi pour anticiper les sorties, ce qui permettrait aussi de soulager l'aval. L'objectif enfin, doit être de mettre en place des circuits permettant le suivi des patients. De même, les expérimentations conduisant à abandonner le paiement à l'acte pour d'autres formes de rémunération doivent faire leur chemin.

**Le D<sup>r</sup> Marie-Laure ALBY** ajoute que la réforme de l'AP-HP conduisant à mettre en place des GHU a finalement rapproché les établissements de santé de leur territoire, même si ce n'était pas l'objectif de cette réforme. Il existe déjà des interpénétrations entre la médecine de ville et l'établissement de santé voire le GHU, dont il faut profiter car ces situations permettent de penser des initiatives plus proches qu'il faut encourager car le succès viendra par phénomène de « taches d'huile ».

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** rejoint tout d'abord l'idée qu'il serait pertinent qu'un représentant de la médecine de ville siège de manière permanente à la CME. Il rappelle qu'en 1994 à l'Hôtel-Dieu, un médecin urgentiste, le D<sup>r</sup> Pierre ESPINOSA, avait monté toute une structuration qui n'avait pas été soutenue par l'institution. C'est donc une piste identifiée de longue date, depuis la fin de l'obligation de réaliser des gardes. Il se félicite que de nouveaux projets soient poussés aujourd'hui. Concernant le SAS, de vraies questions se posent sur la gouvernance. La charge de travail des régulateurs est devenue conséquente et ils doivent disposer d'une marge de manœuvre beaucoup plus grande. L'objectif n'est pas de faire disparaître le SAMU, comme le souhaitent les promoteurs du SAS, mais la question de la gouvernance se pose avec force. La mission flash lancée par le président de la République et confiée au D<sup>r</sup> François BRAUN consiste à réguler toutes les arrivées aux urgences. Cependant, en Île-de-France, ce projet aboutirait à générer 2,5 millions d'appels supplémentaires, ce qui entraînerait une charge colossale. Il faut donc réfléchir avant d'acter cette décision d'autant qu'une régulation de toutes les arrivées ne changera pas grand-chose à la fréquentation des urgences. La même expérience a été conduite à Bordeaux, sans effet, et est en cours à Orléans sans évolution. La solution est donc ailleurs. Elle passe par la création de nouveaux circuits, notamment pour agir plus précocement. Pour cela, les médecins généralistes doivent être mobilisés mais également les cliniques privées et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD). Dans ces structures, il n'y a plus de médecin la nuit et pas d'infirmiers non plus. La situation est identique le week-end. En cas de problème, la seule solution est d'appeler une ambulance pour emmener la personne âgée aux urgences. Face à ces situations, de nouvelles solutions doivent être proposées car, lorsqu'une personne âgée de plus de 75 ans se présente aux urgences, celle-ci est le plus souvent hospitalisée. Par ailleurs, pour de multiples raisons, la circulation dans Paris est devenue très complexe. Par conséquent, *SOS médecins* mais aussi les urgences médicales de Paris (UMP) ne se déplacent plus à certains endroits. Tous les matins, *SOS médecins* annonce quels secteurs seront fermés. Dans ces arrondissements, la seule solution est de dépêcher une ambulance pour renvoyer le malade vers les urgences. Pour l'été, les équipes n'ont aucune visibilité sur les fermetures à venir. De plus, si les cliniques privées qui ont récupéré la chirurgie orthopédique

ferment pendant l'été, de vraies questions seront posées sur la prise en charge des patients d'autant qu'une fracture mal traitée peut générer un pronostic fonctionnel. Enfin, les CPTS sont porteuses d'avenir mais il faut encore inventer les moyens de travailler en commun. Il ne faut pas croire que la médecine de ville peut se subordonner à la volonté de l'hôpital : le travail devra être mené ensemble voire de manière fusionnelle. Pour sa part, il se dit très pessimiste sur le passage de l'été.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** remercie les intervenants pour ces deux exposés complémentaires mais très différents. Travaillant sur la sclérose latérale amyotrophique (SLA), il est confronté aux interactions avec les médecins généralistes. Trouver un médecin généraliste qui se rende au domicile d'un patient handicapé qui ne peut pas se déplacer est très difficile. Il souhaite savoir si les CPTS établissent une cartographie des médecins qui se déplacent au domicile des patients. De son expérience, les médecins généralistes ne s'impliquent dans la prise en charge des malades présentant une pathologie lourde que lorsqu'ils se sentent appuyés par la structure référente. Cet appui ne passe pas forcément par un partage complet du dossier, même si cette piste peut être étudiée. Pour le moins, des interlocuteurs doivent être désignés. Pour ce qui concerne sa pratique, c'est un réseau thématique qui est utilisé. Ce réseau de coordination des soins ville-hôpital existe depuis 15 ans. Il ne s'agit pas d'un réseau de proximité ou de soins palliatifs mais il fonctionne assez bien pour la mise en relation et pour assurer un suivi. Il souhaite donc interroger les deux représentants de la ville sur le fonctionnement des plates-formes territoriales d'appui par rapport au réseau qu'il vient d'évoquer, sachant que ces plates-formes fonctionnent plutôt comme un guichet unique ayant vocation à renvoyer les patients vers d'autres.

**Le D<sup>r</sup> Alain BEAUPIN** souligne que la ville et l'hôpital sont deux mondes différents qui ne peuvent pas fusionner mais dont les problématiques doivent être articulées. Les patients pris en charge par les deux structures ne sont pas les mêmes. Des croisements sont possibles mais les patients de la ville ne font que de brefs passages à l'hôpital. Concernant les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD), ces structures ne sont pas médicalisées. De plus, depuis les scandales récents, les critères fixés par les ARS sont médiocres puisque fondés pour l'essentiel sur le déclaratif du directeur de l'établissement. Dans ce secteur, force est de reconnaître que les pouvoirs publics n'ont pas régulé. La piste la plus féconde est celle proposée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) portant sur la fongibilité des enveloppes, sachant que le levier économique n'est peut-être pas le meilleur mais fonctionne. Or, aujourd'hui, les deux parties n'ont pas intérêt à travailler ensemble car, si l'hôpital envoie des patients vers la ville, la valeur sera conservée au niveau de la ville et inversement. Cependant, au-delà de la réponse aux besoins de soins, l'objectif est bien d'atteindre un équilibre budgétaire. Lors de la réunion qui s'est tenue ce jour en présence de M<sup>me</sup> Anne SOUYRIS, il a proposé une orientation vers un statut de SCIC qui est une société coopérative à but non lucratif à laquelle peuvent participer plusieurs acteurs, dont la Ville de Paris. Il souhaite aussi explorer la piste des services intégrés notamment les ÉHPAD à domicile. Les visites à domicile ne doivent pas être effectuées par un médecin mais organisées au sein d'une équipe avec une infirmière voire une aide-soignante et la personne qui porte les repas pour que l'information circule au quotidien. Il ne peut pas se prononcer précisément pour les patients souffrant de SLA mais la réflexion doit porter sur une prise en charge globale pour laquelle les infrastructures n'existent pas puisque l'hospitalisation à domicile (HAD) n'est pas en mesure de répondre à ces situations. C'est donc un sujet à travailler ensemble.

**Le D<sup>r</sup> Marie-Laure ALBY** confirme qu'il est de plus en plus difficile de proposer des visites à domicile. Elle en effectue encore mais ne veut pas se déplacer dans Paris à vélo. Elle suit aujourd'hui 50 à 60 patients à domicile avec le soutien d'infirmiers qui l'appellent si besoin. Cependant, cette organisation suppose que chaque soignant transforme sa manière de travailler. Concernant les circuits SLA, le réseau mis en place est formidable. C'est vrai également pour d'autres maladies neurodégénératives. Sans forcément prendre la forme d'un réseau, il doit être possible de dupliquer ce format en désignant des référents qui ont une connaissance d'une pathologie donnée et qui soient en mesure de conseiller leurs confrères qui font face à des patients de ce type. Pour ce qui concerne la visite à domicile, une révolution rapide est nécessaire sans attendre des expérimentations. En substance, il faut que les professionnels qui effectuent des visites à domicile ne perdent pas d'argent alors que le prix de la visite est fixé aujourd'hui à 35 € à Paris sans qu'il soit possible de stationner ni de circuler de manière fluide. Cette situation fait qu'un jeune généraliste gagnera plus d'argent en trois consultations à son cabinet qu'en se déplaçant au domicile. Elle propose aux jeunes médecins qu'elle suit d'effectuer des visites à domicile très progressivement car ce sont des visites particulières. Ce sont aussi des visites que les médecins de ville ont perdu l'habitude de faire depuis que les urgentistes ont affirmé qu'ils étaient bien meilleurs dans ce domaine et qu'il leur fallait prendre ce secteur. Cependant, même eux ne l'occupent désormais plus. C'est cependant un sujet qui doit mobiliser toutes les parties car les personnes à domicile présentant des pathologies lourdes finissent par être hospitalisées faute d'avoir pu leur proposer une prise en charge adéquate. Pour des patients lourds à leur domicile, la médecine de ville a aussi besoin de relais qui existent pour la SLA ou pour la maladie de Parkinson, par exemple, mais ces relais manquent pour d'autres maladies. Ces solutions seront plus faciles à trouver avec des organisations territoriales reliées à des réseaux régionaux sur certaines pathologies avec un référent qui sera disponible pour orienter une demande de soins. Face à une situation de crise, il convient de proposer des solutions d'urgence qui ne seront pas forcément des solutions définitives mais qui permettront de répondre à la difficulté du moment.

**Le directeur général** remercie les deux intervenants pour les pistes qu'ils ont présentées. Par le passé, la ville présentait un visage pluriel avec autant d'acteurs que de professionnels alors que le paysage de la médecine de ville s'organise désormais autour de centres de santé, de CPTS et de divers groupes pluri-professionnels qui peuvent plus facilement s'interconnecter aux problématiques de l'hôpital. Par ailleurs, sachant que les soins primaires regroupent les médecins mais aussi les plateaux techniques, la biologie et l'imagerie, le directeur général souhaite savoir si l'hôpital public peut venir en aide sur ces aspects. Il souhaite également savoir si les représentants de la médecine de ville pensent que le potentiel des postes partagés est très élevé et si ce créneau concerne davantage la médecine générale ou les spécialités. Il demande enfin si les postes partagés doivent être vus comme une nouvelle réponse après celle des attachés.

**Le président** propose de donner un début de réponse mais de poursuivre le dialogue dans une autre temporalité puisque ces questions sont très vastes et que la CME est contrainte par le temps.

**Le D<sup>r</sup> Alain BEAUPIN** indique que la question des postes partagés est une vaste question qui doit être regardée. Les spécialistes de ville sont très peu nombreux. De plus, la plupart sont en secteur 2. Il convient donc de réfléchir à la manière dont les médecins de l'hôpital.

**Le D<sup>r</sup> Alain BEAUPIN** indique que la question des postes partagés est une vaste question qui doit être regardée. Les spécialistes de ville sont très peu nombreux. De plus, la plupart sont en



secteur 2. Il convient donc de réfléchir à la manière dont les médecins de l'hôpital peuvent travailler en ville sachant que le métier qu'ils exerceront en ville ne sera pas le même que celui qu'ils exercent à l'hôpital. C'est sans doute un modèle amélioré des attachés qui permettra d'y répondre. Pour ce qui concerne les médecins généralistes partagés, le sujet est différent. Des pilotes pourraient être menés sur la base de tableaux d'effectifs cohérents, puisqu'aujourd'hui ils sont invisibles dans les effectifs de l'hôpital. Par ailleurs 50 % des actes d'imagerie/radiologie au niveau mondial sont des actes d'imagerie de projection. La médecine de ville a donc besoin de radiologues pouvant intervenir sur la petite traumatologie mais aussi d'infirmiers de pratique avancée qui vont utiliser l'intelligence artificielle pour interpréter les clichés sans avoir besoin d'un radiologue sur place.

**Le D<sup>r</sup> Marie-Laure ALBY** ajoute que plus aucun laboratoire ne se déplace à domicile, ce qui constitue un frein majeur à la sortie précoce de l'hôpital. La médecine de ville a besoin de l'hôpital pour les plateaux techniques avec des accès radiologiques et traumatologiques. Les postes partagés généralistes, quant à eux, constituent une bonne solution mais beaucoup trop complexe pour être mis en place. Dans un centre de santé comme le centre Richerand, en revanche, les jeunes en postes partagés disposent d'une infrastructure de médecine générale qui permet de les appuyer. D'autres médecins en poste partagé peuvent se retrouver dans un hôpital-ville sans appui. Il faut donc repenser ce système et le développer car il peut être intéressant pour de jeunes professionnels, même s'il ne dure que deux ans. Il doit aussi être simplifié pour être porteur d'espoir.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** indique que la situation des postes partagés en médecine générale évolue. Beaucoup de ces postes dépendent des coordonnateurs de médecine générale. Le dispositif suppose d'avoir des internes de médecine générale dans les services pour pouvoir les sensibiliser à l'intérêt de ce type de poste. À ce titre d'exemple, aux urgences pédiatriques, il peut y avoir des postes d'internes en médecine générale qui leur permettent d'acquérir une formation en pédiatrie, en traumatologie notamment.

**Le président** propose de clore cette discussion très intéressante et de consacrer un autre temps en CME pour la poursuivre.

**Le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE** souhaite juste ajouter que les manipulateurs radio qui ont généralement l'habitude de faire de la radiologie osseuse n'ont pas besoin de l'intelligence artificielle pour interpréter les clichés de traumatologie simple car ils connaissent l'anatomie osseuse.

**Le président** indique que les paramédicaux pourraient aussi bénéficier de postes partagés. Par ailleurs, les laboratoires de biologie sont désormais regroupés dans des grands centres privés qui ne remplissent peut-être plus les missions des petits laboratoires. Une carte est peut-être à jouer pour rendre un service aux patients.

## **5. Point sur le projet de développement durable (D<sup>rs</sup> Sonia CERCEAU et Christian GUY-COICHARD, M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN)**

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** indique que les difficultés de l'hôpital ont pu occulter les thématiques de développement durable, qui ne sont pas dérisoires pour autant. Ce sont en effet des enjeux importants pour lesquels les professionnels expriment de fortes attentes. Elle intervient en tant que membre de la sous-commission *Développement durable* (DD) de la CME qui est de création

récente puisqu'elle a été mise en place lors de la mandature du P<sup>r</sup> Rémi SALOMON. Sa composition est également plurielle et regroupe toutes les professions de l'AP-HP (étudiants, logisticiens, pharmaciens, médecins, sage femmes, cadres, etc.). La commission développement durable de la CME travaille de concert avec celle de l'AP-HP, pilotée par M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN. Les thématiques du développement durable sont multiples : transport, alimentation, santé environnementale, etc. Des porteurs de projet sont désignés sur chacune des thématiques. Certaines sont purement médicales (comme l'enseignement et la recherche) tandis que d'autres sont plus générales (comme la gestion des déchets). Le développement durable a été intégré au projet d'établissement de l'AP-HP. Plusieurs instances examinent ces questions : la commission de la CME, les référents locaux, pour lesquels des postes restent à pourvoir, tandis que le pilotage se situe au niveau du service de M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN.

**M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN** souligne que les travaux sont menés main dans la main avec la commission de la CME et en soutien des projets de développement durable portés par les professionnels de l'AP-HP. L'inscription de ces actions dans le projet d'établissement permet de les soutenir par une politique institutionnelle pour passer de projets de développement durable à une politique structurée accompagnant la transition écologique. Cette démarche permet de fixer des objectifs chiffrés en matière de réduction des émissions de gaz à effet de serre. Le projet d'établissement comprend quatre axes autour du développement durable.

Le premier est de réduire les émissions de CO<sub>2</sub> jusqu'à la neutralité carbone à l'horizon 2050. Ce point sera vu plus en détail avec le bilan carbone que l'AP-HP vient de finir de réaliser. L'objectif est de passer à l'action sur les différents volets. Le deuxième est d'assumer la responsabilité de l'hôpital en tant que producteur de déchets. L'hôpital produit 36 000 tonnes de déchets par an. C'est un enjeu d'émissions carbone mais aussi de pollution (eau, environnement). C'est aussi un enjeu économique puisque le coût de gestion de ces déchets s'élève à 8 M€. Le troisième axe est de proposer une alimentation de qualité et responsable pour les patients et les professionnels. C'est un enjeu de qualité de l'expérience patient et de qualité de vie au travail pour les professionnels. Le quatrième axe est de positionner l'AP-HP comme un acteur de référence pour la santé environnementale au cœur des enjeux de prévention, de sensibilisation et de formation de la population.

Plus précisément, pour le premier axe de réduction des émissions carbone, l'objectif est de passer d'un ensemble d'initiatives en matière de développement durable, à une véritable stratégie de réduction des émissions carbone d'un établissement de santé. Le secteur de la santé représente 8 % des émissions de gaz à effet de serre en France, soit 46 millions de tonnes de CO<sub>2</sub> par an. La dépendance aux énergies fossiles est aussi un facteur de risque dans un contexte de raréfaction de ces énergies. La mesure des émissions dans les 39 hôpitaux de l'AP-HP vient de se terminer. Elle prend en compte les émissions directes comme indirectes (incluant les énergies et les achats, notamment pour les médicaments). Ces émissions indirectes ont été recalculées sur les 60 médicaments les plus communément utilisés sur l'ensemble de la chaîne (production, acheminement, administration). Les émissions ont aussi été évaluées par parcours patient afin de pouvoir formuler des propositions qui parlent aux professionnels et qui s'inscrivent dans leur quotidien. En effet, il ne sert à rien de proposer des actions de réduction des émissions si elles sont irréalisables. En changeant de prisme, et en raisonnant en fonction du parcours de soins, il devient en revanche possible de passer à l'action.

L'empreinte carbone de l'AP-HP est évaluée à 1,1 million de tonnes de CO<sub>2</sub>. C'est 2,4 % des émissions en France. C'est environ 2,5 fois les émissions totales de *Korian* et 4 fois les émissions du CHU de Bordeaux. En revanche, c'est uniquement 4 % des émissions du *National Health service* (NHS). Cinq postes représentent 80 % de l'empreinte de l'AP-HP : le soin (60 % notamment les médicaments et dispositifs médicaux), l'énergie (12 %), la mobilité (6 %, notamment pour les transports domicile-travail), l'alimentation (5 %) et les déchets (2 %). Le profil des émissions de gaz à effet de serre est différent selon l'activité de l'hôpital (médecine-chirurgie-obstétrique [MCO] ou soins de suite et de réadaptation [SSR] et soins de longue durée [SLD]). Des réunions de restitution ont été organisées dans chacun des GHU pour recueillir au plus près les actions qui peuvent être mises en place. Par ailleurs, le comité de pilotage a tenté de chiffrer toutes les recommandations émises par le NHS et l'association *Shift Project* au périmètre de l'AP-HP, ce qui aboutirait à une réduction de 18 % des émissions en 2030. Certaines de ces actions peuvent être difficilement atteignables dès lors qu'elles supposent des évolutions des fournisseurs, mais d'autres de ces actions sont à la main de l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** indique que le groupe enseignement-recherche a souhaité retracer trois parcours patients : maladies chroniques, chirurgie ambulatoire et maladie longue durée. Pour chacun de ces parcours, l'objectif a été de calculer chaque brique pour que chaque professionnel puisse évaluer l'empreinte carbone de son activité. L'évaluation de l'empreinte carbone d'un parcours patient est en cours sur la base d'une méthode innovante encore jamais utilisée. Ponctuellement, elle a été utilisée sur la cataracte pour la seule chirurgie. Les déchets représentent une faible part de l'empreinte carbone mais c'est une thématique importante pour les personnels puisque beaucoup d'équipes entrent dans la démarche de développement durable par la gestion et la réduction des déchets. Les services sont aussi très demandeurs d'un tri sélectif. La gestion des déchets doit donc être perçue comme une manière d'accrocher les personnels. C'est aussi une thématique sur laquelle il est possible de désigner des référents alors que l'une des grandes difficultés est justement d'identifier des relais au sein des services pour porter les messages du développement durable.

**M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN** signale que trois types d'actions sont lancées : prévenir la production du déchet (suppression des bouteilles d'eau, mise en place des fontaines à eau, etc.), réduire le volume de déchets, en particulier les déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) qui représentent 13 % des déchets de l'AP-HP dont les coûts de traitement sont de 700 € la tonne et qui doivent faire l'objet d'un travail avec les équipes opérationnelles d'hygiène (ÉOH) et développer les filières de recyclage (métal, plastique, etc.) après avoir caractérisé les gisements pour ensuite mobiliser les bons prestataires en charge de la collecte et du transport.

Sur le troisième axe, le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) a déjà présenté devant la CME les enjeux autour de l'alimentation et l'adaptation des modèles alimentaires en fonction des besoins des patients. Un groupe de travail a été constitué après le lancement d'un appel à manifestation d'intérêt des professionnels de l'AP-HP pour déterminer les grandes pistes d'action. Plusieurs axes sont maintenant expérimentés localement ou vont l'être, notamment à Saint-Louis sur la qualité de l'offre alimentaire, sur la simplification des composants, sur l'association de l'ensemble des professionnels qui interviennent sur la chaîne alimentaire pour éviter le gaspillage. Un travail est aussi mené autour des denrées servies au self comme dans l'assiette des patients. L'objectif est de proposer également des produits plus vertueux en lien avec la « loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et

une alimentation saine, durable et accessible à tous » (ÉGALIM) et de mettre en place des stratégies d'achat pour remplacer progressivement les références du catalogue par des produits vertueux tout en limitant les surcoûts. L'AP-HP a été pionnière en participant au projet national « repas à l'hôpital » avec le GHU Paris-Centre avec de nouvelles offres alimentaires adaptées pour les patients.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** indique que le P<sup>r</sup> Robert BAROUKI se charge de la sous-commission santé environnementale au sein de la sous-commission *Développement durable* de la CME et mène un projet phare sur les éco-maternités en cours de généralisation. Au cours des 1 000 premiers jours de l'enfant, l'ensemble des personnels sont mobilisés pour éliminer tous les perturbateurs endocriniens. Plusieurs axes sont travaillés (travaux, bio-nettoyage, repas, etc.). Au-delà de ces thématiques, c'est une réflexion de l'ensemble du personnel sur l'exposition aux perturbateurs endocriniens.

**M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN** ajoute que le projet éco-maternité a été pensé à l'échelle régionale avec l'ARS pour accompagner aussi les maternités hors AP-HP. Les leviers de la formation, de la recherche, de la communication, de l'engagement, etc. seront mobilisés pour accélérer.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** termine en disant que ce sont des enjeux très importants et fédérateurs pour les équipes. Il existe une importante demande de formation et de recherche. De jeunes volontaires en service civique sont des relais dans les services. Un projet est également lancé à l'échelle nationale pour permettre à tous les étudiants de santé de suivre une formation de base en développement durable et santé environnementale.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** interpelle les universitaires intéressés par ces thématiques. Une réflexion est lancée sur la mise en place d'un label écoresponsable permettant de valoriser toutes les actions menées dans les services. L'AP-HP est plutôt en avance sur ces sujets et doit valoriser son image d'institution phare dans ce domaine, ce qui permettrait aussi aux professionnels de donner un sens parfois perdu dans la période chahutée actuelle.

**Le président** remercie les intervenantes pour l'importance du travail réalisé. Il souligne que la prise de conscience des enjeux est réelle et ces actions sont susceptibles de fédérer et mobiliser encore davantage. Il est important que l'hôpital montre l'exemple d'autant qu'il est un gros pollueur. Le sujet de la santé environnementale est également essentiel pour un hôpital qui a vocation à soigner.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** demande si les actions menées sur la thématique des déchets incluent aussi ce qui est déversé dans les égouts. En effet, beaucoup de produits sont jetés avec les eaux usées. Or, il n'est à date pas possible de filtrer les médicaments des eaux usées.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** répond que ces enjeux sont bien pris en compte. Lors d'une prochaine réunion de la commission, M. Bernard JOURDAN fera une présentation de son expérimentation menée dans le centre hospitalier de Niort. L'objectif est aussi d'informer les professionnels car force est de reconnaître qu'il existe une carence d'informations des personnels médicaux, comme des personnels non médicaux. Au-delà du recueil des initiatives, la commission joue donc aussi un rôle de formation. Par ailleurs, dans la lettre d'information « 7 jours à l'AP-HP » figurent des articles sur les thématiques de développement durable. Des webinaires sont également régulièrement proposés et auxquels chacun peut se connecter.

## **6. Avis sur le plan « situations sanitaires exceptionnelles » (D<sup>r</sup> Christophe LEROY)**

**Le D<sup>r</sup> Christophe LEROY** rappelle que le plan « situations sanitaires exceptionnelles » (SSE) est organisé autour du décret sur l'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) d'octobre 2016 et dont la modification est annoncée d'ici fin 2022. Les principales modifications portent sur la refonte globale de la planification des événements en établissement de santé. Il existait autrefois un plan hôpital en tension et un plan blanc mais cette planification a été refondue dans un système global à deux niveaux avec un niveau 1 correspondant à l'ancien niveau de l'hôpital en tension et du plan de mobilisation interne et le niveau 2 pour le plan blanc. Les dix points fondamentaux du plan blanc ont été conservés. La grande nouveauté porte sur la création du directeur médical de crise. Cette fonction nouvelle a apporté une aide majeure et un regard médical dans le pilotage de la crise COVID. Ce directeur médical de crise a été un appui auprès du directeur général. Ces dispositions sont renforcées et pérennisées tant au niveau de l'organisation site, GHU qu'institutionnel.

**Le président** ajoute que le plan est disponible sur le site internet de la CME.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** invite les membres de la CME à lire les diapositives qui résument le plan dans son intégralité.

*La CME approuve le plan « situations sanitaires exceptionnelles » à l'unanimité.*

*La séance est levée à 19 heures 25.*